# LEÇON VI

## RÉTENTION D'URINE

Sa fréquence. — 1° *Rétention inflammatoire.* — Ses causes ; — son siége. — Symptômes. — Traitement. — 2° Rétention causée par un rétrécissement organique. — Symptômes. — Exploration du canal. — Traitement médical. — Bains opiacés. — Cathétérisme chirurgical. — Uréthrotomie externe. — Ponction de la vessie par le rectum ; — par l'hypogastre. — Aspiration.

MESSIEURS,

La rétention d'urine sera le thème de notre leçon d'aujourd'hui.

Représentez-vous un instant l'état d'un malade qui souffre de rétention ; figurez-vous le malheureux en proie à cette angoisse continue et poignante que provoque l'impossibilité d'uriner, et vous comprendrez combien il importe de le soulager, non-seulement le mieux, mais encore le plus promptement possible. Il est peu de circonstances où l'on rencontre plus de gratitude, si le traitement est habile et prompt. Indépendamment, en effet, des souffrances physiques, qui sont extrêmes — et tout homme auquel il est arrivé de ne pouvoir, ne fût-ce que pour quelques instants, soulager sa vessie distendue, possède un aperçu, bien que pâle, de la détresse que cause l'impossibilité d'uriner quand elle persiste pendant des heures et même des journées entières ; — indépendamment, ai-je dit, de la douleur qui est intense, la situation se complique encore d'une extrême anxiété morale. Le patient craint que sa vessie ne se rompe — accident qui est cependant des plus rares, — et il se figure sous les couleurs les plus sombres les conséquences que pourrait entraîner la prolongation d'un pareil état.

La rétention d'urine est chose commune dans les hôpitaux ; il n'en est pas de même dans la pratique privée. Le genre de vie et les fatigues professionnelles des hommes qui viennent à l'hôpital donnent la raison de cette différence. Par contre, lorsque l'accident se déclare chez des personnes d'un rang social plus élevé, il constitue toujours une grave affaire. Au demeurant, la rétention d'urine réclame toujours toute votre habileté et toute votre attention.

En revanche, si vous réussissez, vous apportez un soulagement immédiat. Ce ne sera plus ici le résultat plus ou moins discutable de quelque médicament dont un malade sceptique puisse faire honneur à notre grande alliée : *la nature médicatrice*. Non, messieurs, le bienfait de votre intervention ne saurait être mis en doute, quand à vingt-quatre heures d'angoisses, l'habile introduction de votre cathéter fait succéder le calme et le bien-être, et que votre main vient de retirer deux ou trois pintes d'urine dont la vessie ne pouvait se débarrasser. Alors, se servant d'une expression de circonstance, le malade vous dit qu'il se trouve « en paradis », et il ne peut douter un instant que vous ne soyez l'auteur de sa félicité.

La rétention se présente à nous sous trois formes types, dont chacune



indique un mode particulier de traitement. Quelques cas, il est vrai, se dérobent à ce classement systématique, en revêtant également les caractères de deux formes ; toutefois, pour la facilité de l'étude, la classification que je vous propose est encore bonne à conserver.

La rétention peut donc arriver dans trois circonstances :

1° Chez un homme jeune et bien portant, qui n'a pas de rétrécissement ;

2° Chez un homme plus âgé, porteur d'un rétrécissement confirmé ;

3° Enfin, elle peut atteindre un homme qui n'est ni jeune, ni robuste, qui n'a pas de rétrécissement, mais dont la prostate est hypertrophiée. — De cette dernière forme, je n'ai plus rien à vous dire, puisque nous avons déjà épuisé le sujet au double point de vue de la pathogénie et du traitement, lorsque nous nous sommes occupés de l'hypertrophie de la prostate. J'appellerai seulement votre attention sur les deux autres formes, savoir : la *rétention inflammatoire* et la *rétention causée par un rétrécissement organique*.

RÉTENTION INFLAMMATOIRE. — Voici, à quelques variantes près, l'historique ordinaire de l'affection : Le malade, généralement un jeune homme, a une blennorrhagie depuis un mois ou six semaines. Sous l'influence d'un traitement convenable, une grande amélioration s'étant déjà déclarée, le patient a cru pouvoir se permettre quelque petite infraction au régime qu'il subit. Ainsi, je suppose, il s'est permis quelques stimulants alcooliques, ou bien il s'est livré un peu plus que de raison à un exercice quelconque, tel que le jeu de cricket ou autre, et, après s'être fortement échauffé, il s'est assis sur une pierre froide ou sur un gazon humide ; ou bien enfin il s'est abandonné à des excitations plus fortes et plus énervantes encore. Eh bien ! c'est dans ces circonstances que se produit ce qu'on a appelé le *rétrécissement inflammatoire*.

Mais, laissez-moi me répéter encore, cet accident ne mérite à aucun titre le nom de rétrécissement. D'abord, en pareille occurrence, l'inflammation siége, selon toute probabilité, au col de la vessie ou au niveau de la prostate. La preuve matérielle du fait n'est pas facile à donner, j'en conviens, et l'assertion ne repose que sur une induction, que confirme cependant le toucher rectal ; car heureusement l'affection n'est pas mortelle et l'autopsie ne fournit que rarement l'occasion de vérifier le diagnostic. Mais ce qui s'impose presque comme une certitude, c'est l'existence d'un certain degré de phlogose et de gonflement de la prostate ne ressemblant en rien au rétrécissement. En d'autres termes, il n'y a pas de coarctation dans un endroit précis et circonscrit du canal, mais seulement une tuméfaction de la glande prostate qui fait échec à l'appareil musculaire de la vessie et s'oppose à l'expulsion de l'urine.

Tel est, en général, l'état des choses dans ce qu'on appelle la *rétention spasmodique* ou *inflammatoire*. La condition de la prostate ressemble alors à celle des amygdales dans l'angine tonsillaire. Les deux affections consistent dans le gonflement de glandes qui, à des degrés différents, entourent d'étroits canaux et interviennent dans leur fonctionnement ; toutes deux se développent avec rapidité et peuvent être causées par un refroidissement.

Par quels symptômes s'annonce la *rétention inflammatoire?* Premièrement par la presque cessation de l'écoulement blennorrhagique. De même que, dans l'orchite, la phlegmasie uréthrale semble rétrocéder pour se jeter sur un des testicules, de même l'inflammation de la prostate apparaît consécutivement à la diminution de l'écoulement, et l'organe se révèle, à l'exploration rectale, douloureux et tuméfié. Cependant le jet de l'urine se rétrécit de plus en plus ; en peu de temps la faculté d'uriner se trouve complétement abolie, la fièvre et l'agitation interviennent, et une vive douleur se déclare dans la région périnéale aussi bien qu'à la partie inférieure de l'abdomen. Les malades qui souffrent déjà d'un rétrécissement ne sont pas surpris outre mesure de ce redoublement de symptômes, mais un jeune homme vigoureux qui en est à sa première attaque ne connaît pas de bornes à sa détresse.

Quel *traitement* devons-nous opposer à une aussi sérieuse éventualité? — Le patient réclame à grands cris un soulagement, et un soulagement immédiat, parce que ses souffrances sont intolérables. Instinctivement il se tient, pour ainsi dire, plié en deux, afin de diminuer la pression des muscles abdominaux sur la vessie, et sa respiration elle-même est courte et précipitée, tant il en redoute le retentissement abdominal. Dans ces circonstances, le traitement ancien — le traitement classique d'il y a vingt ans — se composait d'émissions sanguines générales et locales, de bains plusieurs fois répétés et de doses élevées d'opium, le tout dans le but de rendre supportable la position du malade et d'éluder la nécessité du cathéter. On alléguait que, dans un canal enflammé, le cathéter doit faire plus de mal que de bien, et que l'indication de calmer la douleur prime toutes les autres. Je vous ai dit que je ne saurais souscrire à cette manière de voir, qui compte encore quelques partisans. Vous devez surtout vous préoccuper des conséquences ultérieures de la maladie. Or, si par crainte du cathéter vous laissez un jeune homme conserver sa distension vésicale pendant trente-six ou quarante-huit heures, vous l'exposez à une grave infirmité pour le restant de ses jours. J'ai vu des malades qui, pendant des années, n'ont pu vider leur vessie à la suite d'un traitement de ce genre.

La distension extrême et prolongée de l'organe peut abolir ou affaiblir pour toujours sa puissance contractile et produire cette perte de ressort désignée à bon droit sous le nom « d'atonie de la vessie ». Donc, si vous introduisez une sonde, au risque même d'offenser un peu l'urèthre, j'estime que vous faites acte de sagesse et que vous êtes dans le vrai en bravant quelques petits inconvénients pour sauver votre malade d'un réel danger. Mais, que dis-je? il n'y a même pas de risques à courir, si l'on sait s'y prendre.

En ce qui me concerne, je recours invariablement à la sonde de gomme de moyenne grosseur, pas plus grosse que le n° 6 de la filière anglaise [n° 13 de la filière française], afin d'épargner au patient des douleurs inutiles. Je la choisis d'une courbure un peu forte, obtenue par le procédé que je vous ai déjà indiqué, puisqu'il s'agit de passer par-dessus une prostate



tuméfiée. On pourrait encore se servir d'un instrument français, tel que la sonde à olive ou la sonde coudée. De cette façon, on n'éprouve généralement aucune difficulté à soulager le malade, et sa reconnaissance est grande de ce qu'on a fait pour lui. Si, au contraire, vous lui faites traverser la longue filière du traitement médical, et qu'à la fin il arrive à se soulager lui-même, il ne vous saura relativement que peu de gré, et il aura couru, en outre, le danger de l'atonie vésicale. Dans le cas où vous ne pourriez introduire une sonde de gomme, vous devriez essayer d'un cathéter d'argent de même calibre.

C'est à Guthrie que revient, je crois, le mérite d'avoir dénoncé le premier l'ancienne pratique de la saignée et des bains chauds. Consultez les spirituels écrits de ce chirurgien expérimenté, vous y trouverez une anecdote qui a trait à notre sujet. Il raconte une visite qu'il fit à un malade atteint de rétention dans les conditions qui nous occupent, et, en termes vigoureux et pittoresques, il dit pourquoi il renonça désormais aux bains et à la saignée, pour recourir d'emblée au cathéter.

Voilà pour cet état inflammatoire de la prostate qui apporte un obstacle à la miction.

Je ne m'arrêterai pas à la *rétention spasmodique*, elle est très-rare. Je n'affirmerai pas que le spasme musculaire ne puisse coexister avec l'inflammation de l'urèthre ; mais la part respective de ces deux états morbides dans le résultat final est difficile à préciser et n'influence d'ailleurs en rien le traitement.

RÉTENTION CAUSÉE PAR UN RÉTRÉCISSEMENT ORGANIQUE. — Ici nous avons affaire, d'ordinaire, à un homme plus âgé, car il est rare de rencontrer chez un jeune homme un rétrécissement organique confirmé. La règle, — qui n'est pas sans exception cependant, — c'est que le malade porte la plupart du temps son rétrécissement pendant dix ou douze années avant d'être atteint de rétention complète. Votre premier devoir sera donc de vous assurer s'il existe un rétrécissement. Dans cette forme, les souffrances sont généralement moins atroces, bien qu'elles ne laissent pas d'être encore fort sévères. Le processus obstructif évolue ici d'une façon progressive et n'arrive pas toujours soudainement à son apogée à l'occasion d'une grave imprudence. Depuis des semaines ou des mois, le malade urinait difficilement ; puis, à un moment donné, il a suffi d'une cause légère pour rendre la rétention absolue : — c'est la goutte d'eau qui a fait déborder le vase.

La rétention peut ne pas être complète, contrairement à ce qui arrive dans la première forme ; quelques gouttes d'urine peuvent s'échapper encore et le malade trouver pendant plusieurs jours, dans cette miction bien insuffisante, un petit adoucissement à sa position. Cependant la vessie est très-distendue, et, somme toute, les symptômes sont ceux d'un cas urgent de rétention. En pareil cas, vous trouverez probablement un malade déjà habitué aux instruments. Prenez d'abord une sonde de moyen calibre et l'introduisez jusqu'à l'obstacle, afin d'en connaître le siége, situé ordinairement à 10 ou 12 1/2 centim. du méat ; puis recourez au cathéter de gomme le plus petit possible, tâchez de l'introduire dans la vessie, et si

vous avez la bonne fortune de réussir, vous le laisserez à demeure, afin de ne plus avoir d'ennuis de ce chef.

Mais les choses ne marchent pas toujours aussi facilement ni aussi bien. Supposons donc que vous n'ayez pu réussir avec la fine sonde de gomme. Je vous conseille alors de prendre un petit cathéter d'argent n° 1, ou même plus fin, en vous conformant aux précautions qui doivent toujours présider à son emploi et que je vous ai fait connaître dans la troisième leçon.

Malgré tout, cependant, l'instrument ne passe pas : votre habileté, vos efforts, le concours de quelques amis que vous avez appelés à votre aide, tout est tenu en échec, soit par des fausses routes, — elles sont faciles à faire, — soit pour toute autre cause. En un mot, telle est la somme des difficultés, que le succès du cathétérisme peut être regardé comme une victoire chirurgicale impossible. Nous voici conduits à cette question : « Que reste-t-il à faire ? » Eh bien ! c'est que l'opium et les bains chauds pourront être d'un grand secours. Je suppose naturellement que l'urine continue à s'échapper par gouttes, et que vous reculiez devant le *dernier ressort*, j'ai nommé la ponction de la vessie ou une opération semblable ; un bon moyen terme existe encore pour quelques-uns de ces cas. Le malade, pendant toutes vos manœuvres, a probablement eu froid ; accordez-lui le bénéfice d'un bon lit, d'un bain chaud, tout cela complété par de fortes doses d'opium. A propos de ce dernier médicament, je vous conseille, quand vous le croyez indiqué, de l'administrer largement. Ainsi vous réprimerez ces efforts incessants que le malade ne peut pas plus maîtriser qu'il ne peut commander à sa respiration, et qui, complétement impuissants pour le bien, ne peuvent faire que du mal.

La détente qui s'ensuivra amènera peut-être un écoulement d'urine un peu plus abondant, un jet un plus large, et finalement, au bout de deux ou trois jours, le passage relativement facile d'une sonde dans le canal. En tout cas, vous aurez épuisé toutes les chances d'épargner à votre malade une opération. Cependant je ne vous conseille pas d'attendre trop longtemps, bien qu'il soit préférable de temporiser de cette façon que d'aller, au préjudice du malade, manier d'une main peu sûre le bistouri ou le cathéter. Je sais bien qu'en général chacun possède en soi assez de confiance pour recourir aux instruments quand le patient ne peut uriner. Néanmoins, si vous êtes convaincus de ne faire aucun bien avec le cathéter, à plus forte raison si vous craignez de faire du mal, vous trouverez le plus souvent dans l'opium, les inhalations de chloroforme, les bains chauds et les fomentations, de précieux moyens de déférer aux indications les plus urgentes.

Je suppose que vous ayez épuisé toutes ces ressources et que le *dernier ressort* se présente comme une nécessité inéluctable : la vessie, malgré votre traitement, augmente continuellement de volume.

Vous examinez alors avec soin la région sus-pubienne, et vous y trouvez une large tumeur rénitente s'élevant peut-être jusqu'à l'ombilic ou à peu près, et ressemblant plutôt à un utérus gravide qu'à une vessie distendue. Toutefois, dans certains rétrécissements anciens, la matité sus-pubienne n'occupe qu'une surface plus restreinte à raison de l'épaississement et de



la rétraction des parois vésicales. Votre doigt passé dans le rectum vous fait trouver également une tumeur produite par la vessie distendue, et vous tâchez de percevoir la fluctuation. Si, percutant avec l'autre main la région hypogastrique, vous communiquez au doigt rectal une sensation de flot bien distincte, vous aurez trouvé un point où le trocart peut être enfoncé en toute sécurité. De même, si vous trouvez au-dessus des pubis une tumeur bien délimitée, arrondie et mate à la percussion, vous serez fondés à croire qu'une opération au-dessus des pubis serait également couronnée de succès.

Mais, me direz-vous, pourquoi ne pas essayer de débarrasser la vessie à l'aide d'une opération pratiquée sur l'urèthre lui-même dans sa région périnéale, afin, si c'est possible, de guérir le rétrécissement tout en vidant la vessie ? En d'autres termes, ne conviendrait-il pas de faire d'une pierre deux coups, au lieu de se contenter d'une simple ponction de la vessie par l'hypogastre ou le rectum ?

Je ne saurais mieux répondre à cette question qu'en vous exposant les opinions et la pratique des différents chirurgiens qui se sont occupés de ce sujet. Invoquons d'abord l'autorité de Liston. Ce chirurgien affirmait dans une de ses leçons cliniques, que dans le cours de sa pratique, tant à l'Infirmerie royale d'Edimbourg que dans cet hôpital même, il n'avait jamais eu l'occasion, jusqu'au moment où il parlait, c'est-à-dire trois ou quatre ans avant sa mort, de ponctionner la vessie pour une rétention d'urine. D'autre part, nous avons dans cette ville des opérateurs qui ont pratiqué cinquante fois et plus la ponction de la vessie. Liston donnait à entendre qu'un bon chirurgien ne doit se trouver que bien rarement dans la nécessité de recourir à d'autre moyen qu'à la sonde dans les cas de rétention (1). Mais n'allez pas conclure que le chirurgien auquel je viens de faire allusion, et qui a ponctionné cinquante fois la vessie, agisse ainsi parce qu'il échoue à passer le cathéter ; loin de là ! Seulement il croit plus sage de recourir à la ponction que de prolonger par trop les tentatives de cathétérisme. — En revanche, Liston et Guthrie ont été réduits parfois à pratiquer l'opération périnéale dont nous parlions tantôt. Par le périnée, il est *possible* d'atteindre l'urèthre en arrière du rétrécissement. Sans vouloir entamer une longue discussion sur ce sujet, je puis vous dire que cette méthode est tombée en défaveur dans ces dernières années. Ce n'est pas, en effet, une petite affaire que de trouver l'urèthre en arrière de la coarctation ; vous pourrez faire au périnée les plus fâcheuses incisions sans tomber sur le canal. Et puis rien ne prouve qu'il soit nécessaire de fendre le rétrécissement pour le guérir ; ce dernier peut très-bien se montrer, quand le moment sera venu, justiciable de la dilatation (2). M. Cock, de « Guy's

(1) Voy. Henry Thompson, *Traité pratique des maladies des voies urinaires*, p. 241.

(2) [ On le voit, Sir Henry Thompson rejette aujourd'hui l'uréthrotomie externe, la boutonnière périnéale, non-seulement comme méthode de traitement, — sauf dans quelques cas de fistules, — mais aussi lorsque le rétrécissement ne permet pas le passage de la sonde et se complique de rétention. Dans cette dernière circonstance, Thompson préfère la ponction de la vessie. Nous pensons que la plupart des chirurgiens qui ont vu faire ou fait eux-

Hospital », ne recourt si volontiers à la ponction par le rectum que parce qu'il la considère comme un excellent moyen de traitement. « Préservez l'urèthre, dit-il, pendant quelques jours du contact de l'urine, et de lui-même le canal se rétablira suffisamment pour que la guérison de la stricture n'offre plus de sérieuses difficultés. » Et bien souvent c'est vrai ! M. Cock, en pareille occurrence, ponctionne la vessie par le rectum. Vous voyez ici l'instrument dont il se sert. De cette façon, l'urine ne s'écoule

mêmes un certain nombre d'opérations d'uréthrotomie externe seront de son avis : que cette large brèche, pratiquée un peu à l'aventure et à travers le bulbe, doit être un *dernier ressort* qu'il ne faut imposer au malade que lorsque des moyens plus sûrs ont échoué ou sont inacceptables. Il n'y a pas de statistique, si brillante soit-elle, qui puisse détruire l'effet de ce spectacle, ou qui ne reçoive bientôt le contrôle désenchanteur de faits personnels au chirurgien qu'elle aurait séduit, et le professeur Syme (d'Édimbourg), qui est arrivé à sa quatre-vingtième uréthrotomie périnéale sans un seul cas de mort, n'a pas encore trouvé d'émule. Néanmoins deux chirurgiens éminents, le professeur Eug. Boeckel, une des illustrations les plus sympathiques de l'ancienne faculté de Strasbourg, et le docteur Gouley (de New-York), ont appelé de nouveau l'attention sur cette opération.

Le mémoire si substantiel et si net du professeur Eug. Boeckel, basé sur 12 cas d'uréthrotomie externe empruntés à sa pratique et à celle de divers opérateurs, est connu de tous les chirurgiens français (*). Nous nous bornerons à dire que, pour l'auteur, les indications de l'uréthrotomie externe sont au nombre de quatre : 1° rétrécissement infranchissable sans rétention d'urine ; 2° rétrécissement infranchissable compliqué de rétention d'urine ; 3° rétrécissement franchissable, mais compliqué de fistules ou de corps étrangers dans la vessie ; 4° rétrécissement traumatique avec rétention d'urine.

Le travail du docteur Gouley (**), fondé sur 25 opérations personnelles d'uréthrotomie périnéale externe, a pour but, non-seulement de réclamer une place honorable pour cette opération parmi les diverses méthodes applicables aux strictures uréthrales, mais encore de faire connaître le procédé opératoire imaginé par l'auteur. Voici en quoi consiste essentiellement ce procédé. Une bougie filiforme de baleine est introduite — quand faire se peut — à travers le rétrécissement, et sert de conducteur à un cathéter d'acier dont le bec cannelé est muni d'un petit pont sous lequel on engage la bougie de baleine. Si le cathéter d'acier ne peut pénétrer, la bougie de baleine rend toujours quelques services pour indiquer le trajet du canal. Arrivé à l'urèthre par le périnée, le docteur Gouley y introduit le couteau de Weber, si usité en oculistique pour l'incision des conduits lacrymaux, et termine son opération en débridant l'urèthre de dedans en dehors, faisant, comme il le dit lui-même, l'uréthrotomie interne au bistouri par une incison périnéale. Les 25 cas rapportés dans ce mémoire comprennent : 9 cas de rétrécissement infranchissable (nos 1, 2, 3, 4, 6, 8, 18, 20, 21), dont 2 compliqués de fistules (nos 6, 21) ; 2 cas d'oblitération de l'urèthre (nos 14, 17), où l'opération ne fut pratiquée que pour produire une fistule destinée à permettre la sortie de l'urine ; 6 cas de rétrécissements franchissables compliqués de fistules (nos 10, 11, 12, 15, 19, 25) ; enfin 8 cas de rétrécissements franchissables exempts de fistules, mais dans lesquels la rétention existait à l'état de fait accompli ou d'éventualité menaçante (nos 5, 7, 9, 13, 16, 22, 23, 24). Ces 25 opérations ont donné 4 morts : 2 par lésions rénales avancées (nos 24, 7), une par pyohémie (n° 15), une par embolie du cœur (n° 10). Enfin il n'est fait mention que dans 4 cas (nos 9, 16, 19, 23) d'essais préalables, soit de dilatation, soit d'autres procédés. L'un de nous doit à la gracieuseté du docteur Gouley d'avoir assisté à une opération d'uréthrotomie périnéale externe, qui n'est pas relatée dans son mémoire. Le succès a été aussi complet pour le malade que pour l'opérateur. Nous n'en persistons pas moins à considérer cette méthode comme une suprême ressource qu'on ne doit appliquer que dans des circonstances rares et bien déterminées, comme par exemple lorsqu'il existe des fistules rebelles ou une plaie transversale du canal de l'urèthre, qui, suivant l'heureuse expression de Boeckel, est « un rétrécissement en germe ».]

(*) Eug. Boeckel, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Strasbourg, *De l'uréthrotomie externe dans les rétrécissements uréthraux graves ou compliqués*. Strasbourg, 1868.

(**) J. W. S. Gouley, Prof. of Clinical Surgery, etc., *On External Perineal Urethrotomy, or an improved Method of external division of the Urethra in Perinæum for the Relief of obstinate Stricture, with Remarks on the preparatory and after-treatment*. New-York, 1869.



plus par l'urèthre, qui reste, pour ainsi dire, à sec, et au bout de peu de temps on réussit à passer une sonde n° 2, 3 ou 4, alors qu'auparavant on ne parvenait point à franchir avec le n° 1. Il y a là, comme vous le voyez, toute une méthode thérapeutique dont M. Cock est le véritable inventeur. En tout cas, on ne peut contester à ce chirurgien d'avoir démontré la simplicité et l'innocuité de la ponction, et, par suite, de nous avoir familiarisés avec une méthode qui était regardée auparavant comme une grave et sérieuse affaire.

Si vous me demandez à présent de vous donner les résultats de mon expérience personnelle, je vous dirai que je ne compte à mon actif, dans une pratique de vingt années, que six opérations de ponction vésicale, dont deux pour des cas d'hypertrophie de la prostate et quatre pour des cas de rétention consécutive à un rétrécissement. Je n'ai pratiqué qu'une fois la ponction sus-pubienne, c'était pour une hypertrophie prostatique ; mes autres opérations ont été faites par le rectum. En dehors de ces circonstances, le cathéter m'a toujours suffi pour triompher de tous les cas de rétention qui me sont échus. J'ajouterai que deux de mes ponctions rectales ont eu pour sujet le même individu, la première en 1859, la seconde en 1870, et, cette dernière fois, à la demande expresse du malade, qui réclamait instamment l'opération, en souvenir du soulagement aussi complet que rapide qu'il en avait éprouvé jadis. Je suis convaincu que j'aurais réussi par le cathéter. Du reste, le patient auquel je fais allusion est aujourd'hui vivant et en bonne santé. La ponction par le rectum est certainement l'expédient le plus simple et le moins dangereux dans la plupart des circonstances où il est nécessaire de pratiquer à la vessie une ouverture artificielle.

Je ne vois guère qu'un développement excessif de la prostate qui oblige à opérer par l'hypogastre. La seule fois qu'il me soit arrivé d'opérer ainsi, la prostate remplissait toute l'excavation pelvienne : c'est assurément la plus monstrueuse que j'aie jamais vue. Depuis longtemps déjà il fallait recourir à un cathéter de 35 1/2 centim. pour vider la vessie, et encore n'y parvenait-on pas sans peine. Je fis une seule ponction à travers la symphyse du pubis et.... je n'obtins pas d'urine. Je n'en dirai pas plus long sur la méthode. Sans désemparer, je débarrassai mon malade par la voie rectale, et j'eus le bonheur d'enregistrer une guérison.

Je dois encore vous signaler un procédé plus récent, bien susceptible de donner à l'occasion des résultats très-avantageux : je veux parler de l'*aspirateur* du docteur Dieulafoy. Je ne l'ai jamais employé dans ce but, mais j'ai pu en apprécier les avantages dans mes opérations d'empyème. Pour la vessie, il vous faudrait choisir un trocart très-fin que vous plongeriez au-dessus de la symphyse. Lors même que vous piqueriez le péritoine, le mal ne serait pas grand, car, dans certains cas de péritonite, le même instrument m'a permis de faire disparaître la tympanite ; puis, au moyen de l'aspirateur qui s'adapte à la canule, vous évacueriez l'urine en toute sécurité. Il est bien entendu que vous devriez pratiquer une nouvelle ponction lorsque l'état de la vessie l'exigerait, c'est-à-dire si, dans l'intervalle,

le cours naturel des urines ne s'était pas rétabli. Voici l'appareil du docteur Dieulafoy (1). Vous me l'avez vu souvent employer pour évacuer de vastes abcès chroniques. Il est constant que la légère piqûre produite par un trocart aussi fin, quand bien même on la répéterait plusieurs fois, ne peut jamais entraîner de danger.

En résumé, dans les cas d'urgence, lorsque vos tentatives de cathétérisme auront échoué, vous aurez deux méthodes à votre disposition : la ponction par le rectum et la ponction au-dessus des pubis. (voy. fig. 15.)

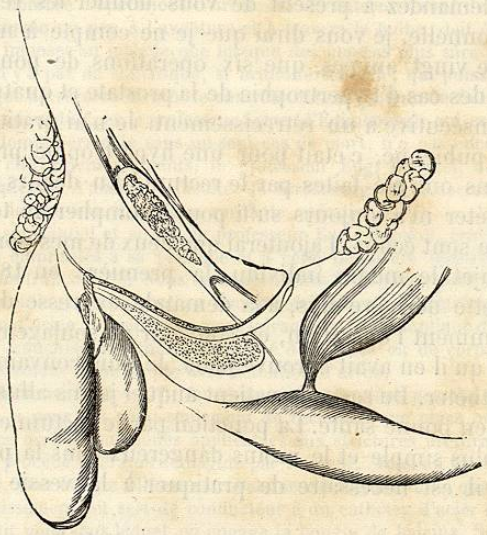

FIG. 15. — Coupe antéro-postérieure du bassin montrant les rapports du col de la vessie avec la symphyse, du rectum avec le bas-fond vésical, de l'urèthre et du bulbe avec l'anus. (Réduction d'un plâtre moulé sur une préparation de Sir H. Thompson.)

Votre doigt introduit dans le rectum doit arriver, s'il est d'une longueur raisonnable, jusqu'en arrière de la prostate. Votre autre main appliquée au-dessus des pubis produit, en foulant, un flot dont le choc est distinctement perçu par le doigt rectal. Vous voilà parfaitement sûr de ce que vous allez faire : le long de votre doigt maintenu solidement en place, vous faites glisser votre trocart, et, sans hésitation, mais aussi avec toute la prudence et le soin dont vous êtes capables, vous le plongez bravement dans la vessie.

L'instant qui suit n'est jamais exempt d'une certaine anxiété; en effet, si vous aviez manqué la poche urinaire et que vous ne vissiez point s'écouler d'urine, ce serait une chose sérieuse que d'avoir enfoncé ce long poinçon dans le corps d'un homme.

La meilleure position à donner au malade, c'est de le faire asseoir sur le bord d'un lit, le dos soutenu par des oreillers, les jambes écartées et reposant sur deux chaises. Un assistant placé à côté du malade lui applique les deux mains sur la région hypogastrique de chaque côté de la vessie, afin de bien immobiliser l'organe, tout en le repoussant vers le rectum. Il est bon de se rappeler aussi que, si la canule s'échappe, on ne peut songer à la réintroduire par la même ouverture, celle-ci se trouvant immédiatement bouchée par le rapprochement des fibres musculaires de la vessie. Il faut alors, de toute nécessité, faire une nouvelle ponction. L'accident n'entraîne jamais de graves conséquences, mais il vaut mieux l'éviter.

(1) Voy. G. Dieulafoy, *Traité de l'aspiration des liquides morbides*. Paris, 1873, chap. II, p. 114.



Pour l'opération sus-pubienne, vous divisez les tissus sur sa ligne médiane depuis la peau jusqu'à la ligne blanche. Vous avancez avec précaution et parvenez bientôt à découvrir la fluctuation. Alors, la vessie étant toujours immobilisée comme précédemment, vous enfoncez votre trocart, la pointe légèrement dirigée en bas. Vous laissez la canule d'argent à demeure pendant deux ou trois jours, après lesquels vous la remplacerez par une sonde de gomme.

Si vous entrevoyez que votre malade réclamera quelque temps encore le secours d'un canal artificiel, vous donnerez naturellement la préférence à la ponction sus-pubienne. Un tube est toujours plus facile à porter au-dessus des pubis que dans le rectum, dont il ne peut que gêner les fonctions et diminuer la lumière. J'ai connu des personnes qui ont uriné dix et quinze ans à travers une canule sus-pubienne, et qui, malgré l'oblitération complète de leur canal, n'en menaient pas moins une vie très-active et très-confortable. L'un de ces malades, qui avait auparavant beaucoup souffert, et qui se trouvait parfaitement bien avec son appareil, me disait un jour, qu'« il ne savait pas si ce mode d'uriner ne valait pas mieux que l'autre. » Ceci, messieurs, autant que je puis m'y connaître, est tout simplement une affaire de goût.

Dans notre prochaine conférence nous traiterons de l'épanchement d'urine et des fistules.

---

## LEÇON VII

### ÉPANCHEMENT D'URINE ET FISTULES URINAIRES

*Épanchement d'urine.* — Rupture de l'urèthre. — Marche de l'épanchement. — Symptômes primitifs et consécutifs. — Traitement : incisions périnéales-péniennes. — Accidents consécutifs. — *Fistules urinaires.* — Causes : 1° épanchement d'urine ; — 2° rétrécissements de l'urèthre. — Abcès urineux. — 1° *Fistules simples.* — Traitement : dilatation. — 2° *Fistules indurées.* — Traitement : incision ; — cautérisation ; sonde à demeure. — Cathétérisme évacuateur. — 3° *Fistules avec perte de substance.* — Autoplastie combinée avec le cathétérisme évacuateur. — 4° *Fistules rectales.* — Position à prendre pendant la miction. — Autoplastie. — Galvanocaustique.

MESSIEURS,

Avant d'aborder l'étude des fistules urinaires, je dois m'arrêter un instant sur un accident morbide intimement lié à la rétention : je veux parler de l'épanchement d'urine.